

遅 延 理 由 書

年 月 日

大台町長 様

申請者（住所）

（氏名）

今回の大台町保険適用終了後の特定不妊治療費助成回数追加事業又は着床前胚染色体異数性検査（P G T－A）を含む特定不妊治療費助成事業の申請が下記の理由により遅れましたので、よろしくお願いします。

記
